

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Kartu UNO**

##### **2.1.1 Definisi Kartu UNO**

Kartu UNO pertama kali diciptakan pada tahun 1971 di Reading, Ohio. Kartu UNO dibuat oleh Merle Robbins, seorang pemilik tempat pangkas dan pecinta kartu. Merle Robbins pertama kali memperkenalkan permainan ini kepada keluarganya. Ketika proses perkembangannya, Merle Robbins dibantu oleh istrinya, Marie, dan putra beserta menantu perempuannya, Ray dan Kathy Robbins. Pada tahun 1972, Merle Robbins menjual hak ciptanya. Selanjutnya UNO mulai dikenal lebih luas lagi berkat International Games Inc.. Sekarang International Games Inc. telah menjadi bagian dari keluarga Mattel (Harrisburg, 2010).

##### **2.1.2 Bermain Kartu UNO**

Permainan kartu UNO merupakan salah satu permainan kartu yang populer di seluruh dunia. Permainan kartu UNO bisa dimainkan dari 2 hingga 7 orang. Hakim, *et al* (2013) menjelaskan bahwa aturan permainan kartu UNO adalah setiap pemain mula-mula mendapatkan 7 kartu. Pada permulaan permainan, satu kartu diambil dari *pile card* dan kartu ini berperan sebagai *deal card*. Untuk dapat memainkan kartu ini, seorang pemain pada gilirannya harus dapat menyamakan angka ataupun warna dari kartu tersebut. Jika ternyata tidak terdapat kartu yang cocok maka pemain tersebut harus mengambil satu kartu sebagai hukumannya.

Hakim, *et al* (2013) mengemukakan terdapat beberapa *action card* yang juga dapat dimainkan. Kartu tersebut adalah sebagai berikut:

1. *Draw 2 Card*

Ketika kartu ini dimainkan, pemain pada giliran berikutnya harus mengambil dua kartu. Untuk dapat memainkan kartu ini, pemain harus mencocokkan dengan warna pada *deal card* (Hakim *et al*, 2013).

2. *Reverse Card*

Ketika kartu ini dimainkan, arah permainan dibalik. Permainan yang digilir searah jarum jam diubah menjadi berlawanan jarum jam. Untuk dapat memainkan kartu ini, pemain harus mencocokkan dengan warna pada *deal card* (Hakim *et al*, 2013).

3. *Skip Card*

Ketika kartu ini dimainkan, pemain pada giliran berikutnya tidak akan bisa memainkan gilirannya. Untuk dapat memainkan kartu ini, pemain harus mencocokkan dengan warna pada *deal card* (Hakim *et al*, 2013).

4. *Wild Card*

Ketika kartu ini dimainkan, pemain pada giliran berikutnya harus memainkan kartu dengan warna yang sesuai dengan kehendak pemain yang memainkan *wild card* tersebut. Kartu ini bisa dimainkan setiap saat tanpa harus mencocokkan warna seperti pada *action card* yang lain (Hakim *et al*, 2013).

5. *Wild Draw 4 Card*

Ketika kartu ini dimainkan, pemain pada giliran berikutnya harus mengambil empat kartu dan pemain tersebut juga harus memainkan kartu dengan warna yang sesuai dengan kehendak pemain yang memainkan *wild*

*draw 4 card*. Kartu ini bisa dimainkan setiap saat tanpa harus mencocokkan warna seperti pada *action card* yang lain (Hakim *et al*, 2013).

Ketika pemain hendak memainkan kartu kedua terakhir dari tangannya, pemain tersebut harus mengucapkan “UNO”. Jika terdapat pemain yang lupa mengatakan “UNO” maka pemain lain dapat mengatakan “Catch” sebelum pemain lainnya memainkan kartu dan pemain yang lupa mengatakan “UNO” harus mengambil dua kartu. Pemenang ditentukan setelah seorang pemain menghabiskan kartu di tangannya (Hakim *et al*, 2013).

### 2.1.3 Pengembangan Kartu UNO

Pengembangan kartu UNO yang dilakukan peneliti meliputi penambahan gambar pada kartu berserta *keyword* dan petunjuk pada kartu *action*.





Gambar 3.1 Contoh gambar pengembangan kartu UNO

## 2.2 Konsep Pengetahuan

### 2.2.1 Definisi Pengetahuan

Secara *etimologi* pengetahuan berasal dari kata dalam bahasa Inggris yaitu *knowledge*. *Encyclopedia of Philosophy* menjelaskan bahwa definisi pengetahuan adalah kepercayaan yang benar (*knowledge is justified true belief*). Sedangkan secara *terminologi* akan dikemukakan beberapa definisi tentang pengetahuan. Menurut Drs. Sidi Gazalba, pengetahuan adalah apa yang diketahui atau hasil pekerjaan tahu. Pekerjaan tahu tersebut adalah hasil dari kenal, sadar, insaf, mengerti, dan pandai. Pengetahuan itu adalah semua milik atau isi pikiran. Pengetahuan merupakan hasil proses dari usaha manusia untuk tahu (Bakhtiar, 2006).

### 2.2.2 Sumber-Sumber Pengetahuan

Sumber *pertama* yaitu pengalaman inderawi (*sense-experience*), dilihat sebagai sarana paling vital dalam memperoleh pengetahuan. Justru melalui indera-indera kita dapat berhubungan dengan dan menyerap berbagai macam obyek di luar diri kita. Penekanan kuat pada kenyataan ini dikenal dengan nama *realisme* (hanya kenyataan atau sesuatu yang sudah menjadi faktor dapat



diketahui). Kesalahan bisa terjadi kalau ada ketidakharmonisan dalam semua peralatan inderawi itu (Kebung, 2011).

Sumber *kedua* yaitu penalaran (*reasoning*), merupakan karya akal yang menggabungkan dua pemikiran atau lebih untuk memperoleh pengetahuan baru. Amat sangat perlu didalami asas-asas pemikiran seperti: *principium identitatis* atau asas kesamaan dalam arti sesuatu itu musti sama dengan dirinya sendiri. *Principium contradictionis* atau asas pertentangan. Apabila dua predikat yang bertentangan pada satu waktu; dan *principium tertiiexclusi* (asas tidak ada kemungkinan ketiga). Pada dua pendapat yang berlawanan tidak mungkin keduanya benar dan salah. Kebenaran hanya terdapat pada satu diantara keduanya dan tidak perlu ada pendapat atau kemungkinan ketiga (Kebung, 2011).

Sumber *ketiga* yaitu Otoritas (*authority*), kewibawaan atau kekuasaan yang sah yang dimiliki seseorang dan diakui oleh kelompoknya. Ia dilihat sebagai salah satu sumber pengetahuan karena kelompoknya memiliki pengetahuan melalui seseorang yang memiliki kewibawaan dalam pengetahuannya. Pengetahuan itu tidak perlu diuji karena kewibawaan orang itu (Kebung, 2011).

Sumber *keempat* yaitu intuisi (*intution*), hasil dari evolusi pemahaman yang tertinggi. Kemampuan ini mirip dengan insting, tetapi berbeda dengan kesadaran dan kebebasannya. Pengembangan kemampuan ini (intuisi) memerlukan suatu usaha. Henry Bergson juga mengatakan bahwa instuisi adalah suatu pengetahuan yang langsung, yang mutlak dan bukan pengetahuan yang nisbi (Bakhtiar, 2006).

Sumber *kelima* yaitu wahyu (*revelation*), pengetahuan yang disampaikan oleh Allah kepada manusia lewat perantara para nabi. Para nabi memperoleh pengetahuan dari Tuhan tanpa upaya, tanpa bersusah payah, tanpa memerlukan waktu untuk memperolehnya. Pengetahuan mereka terjadi atas kehendak Tuhan semesta. Tuhan mensucikan jiwa mereka dan diterangkan-Nya pula jiwa mereka untuk memperoleh kebenaran dengan jalan wahyu (Bakhtiar, 2006).

Sumber *keenam* yaitu keyakinan (*faith*), kepercayaan, menghasilkan apa yang disebut iman atau keyakinan. Keyakinan itu mendasarkan diri pada ajaran-ajaran agama yang diungkapkan lewat norma-norma dan aturan-aturan agama. Keyakinan juga dilihat sebagai kemampuan kejiwaan yang merupakan pematangan dari kepercayaan (Kebung, 2011).

### 2.2.3 Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Mubarak, *et al* (2007) faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah sebagai berikut:

#### 1. Umur

Bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek pikir dan psikologis (mental). Pertumbuhan fisik secara garis besar ada empat kategori perubahan, yaitu perubahan ukuran, perubahan proporsi, hilangnya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru. Ini terjadi akibat pematangan fungsi prgan. Pada aspek psikologis dan mental taraf berpikir seseorang seseorang semakin matang dan dewasa (Mubarak *et al*, 2007).

#### 2. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu hal agar mereka dapat memahami. Tidak dapat dipungkiri

bahwa makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya, jika seseorang tingkat pendidikannya rendah, akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan informasi dan nilai-nilai baru yang diperkenalkan (Mubarak *et al*, 2007).

### 3. Pengalaman

Pengalaman adalah suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Ada kecenderungan pengalaman yang baik seseorang akan berusaha untuk melupakan, namun jika pengalaman terhadap objek tersebut menyenangkan maka secara psikologis akan timbul kesan yang membekas dalam emosi sehingga menimbulkan sikap positif (Mubarak *et al*, 2007).

### 4. Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun secara tidak langsung (Mubarak *et al*, 2007).

### 5. Minat

Minat adalah kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam (Mubarak *et al*, 2007).

### 6. Kebudayaan

Kebudayaan akan mempengaruhi pengetahuan masyarakat secara langsung. Apabila dalam suatu wilayah mempunyai budaya untuk menjaga kebersihan lingkungan maka sangat mungkin masyarakat sekitarnya

mempunyai sikap untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan (Mubarak *et al*, 2007).

## 7. Informasi

Kemudahan dalam memperoleh informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru (Mubarak *et al*, 2007).

## 2.3 Konsep Perilaku

### 2.3.1 Definisi Perilaku

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2010b). Menurut Skinner (1938, dalam Notoatmodjo, 2010b) merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Perilaku manusia melalui proses: Stimulus-Organisme-Respon, sehingga teori Skinner ini disebut teori “S-O-R”.

### 2.3.2 Klasifikasi Perilaku

Berdasarkan teori “S-O-R” Skinner (1938, dalam Notoatmodjo, 2010b) tersebut, maka perilaku manusia dapat dikelompokkan menjadi dua, yakni:

#### a. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Perilaku tertutup terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut masih belum dapat diamati orang lain (dari luar) secara jelas. Respons seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan, dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Bentuk “*unobservable behavior*” atau “*covert behavior*” yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap (Skinner 1938, dalam Notoatmodjo, 2010b).



b. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Perilaku terbuka ini terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan atau praktik ini dapat diamati orang lain dari luar atau "*observable behavior*" (Skinner 1938, dalam Notoatmodjo, 2010b).

Becker (1979, dalam Notoatmodjo, 2010b) membuat klasifikasi lain tentang perilaku kesehatan dan membedakan menjadi tiga, yakni:

1. Perilaku sehat (*healthy behavior*), yaitu perilaku-perilaku atau kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan (Becker 1979, dalam Notoatmodjo, 2010b).
2. Perilaku sakit (*illness behavior*), yakni berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang yang sakit dan atau terkena masalah kesehatan atau keluarganya, untuk mencari penyembuhan, atau teratasi masalah kesehatan yang lain (Becker 1979, dalam Notoatmodjo, 2010b).
3. Perilaku peran orang sakit (*the sick role behavior*), yakni orang yang sakit mempunyai peran (*roles*), yang mencakup hak-haknya (*rights*), dan kewajiban sebagai orang sakit (*obligation*). Menurut Becker hak dan kewajiban orang yang sedang sakit adalah merupakan perilaku peran orang sakit (*the sick role behavior*) (Becker 1979, dalam Notoatmodjo, 2010b).

### 2.3.3 Faktor-Faktor yang Berperan dalam Perubahan Perilaku

Notoatmodjo (2010a) menjelaskan telah menjadi pemahaman umum, perilaku merupakan determinan kesehatan yang menjadi sasaran dari promosi atau pendidikan kesehatan. Promosi atau pendidikan kesehatan bertujuan untuk mengubah perilaku (*behavior change*). Perubahan perilaku kesehatan sebagai tujuan promosi kesehatan atau pendidikan kesehatan, sekurang-kurangnya mempunyai 3 dimensi, yakni:

- a. Mengubah perilaku negatif (tidak sehat) menjadi perilaku positif (sesuai dengan nilai-nilai kesehatan).
- b. Mengembangkan perilaku positif (pembentukan atau pengembangan perilaku sehat).
- c. Memelihara perilaku yang sudah positif atau perilaku yang sudah sesuai dengan norma/nilai kesehatan (perilaku sehat). Dapat mempertahankan perilaku sehat yang sudah ada.

Notoatmodjo (2010a) strategi program-program kesehatan, agar diperoleh perubahan perilaku yang sesuai dengan norma-norma kesehatan, sangat diperlukan usaha-usaha konkret dan positif. Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku tersebut oleh WHO dikelompokkan menjadi tiga.

1. Menggunakan kekuatan (*Enforcement*): Perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran atau masyarakat sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan. Cara ini dapat ditempuh menggunakan cara-cara kekuatan baik fisik maupun psikis, misalnya dengan cara mengintimidasi atau ancaman-ancaman agar masyarakat atau orang mematuhi. Cara ini akan menghasilkan perilaku yang cepat, akan tetapi perubahan tersebut belum tentu akan berlangsung lama karena perubahan perilaku yang terjadi tidak atau belum didasari oleh kesadaran sendiri (Notoatmodjo, 2010a).
2. Menggunakan kekuatan peraturan atau hukum (*Regulation*): Perubahan perilaku masyarakat melalui peraturan, perundangan, atau peraturan-peraturan tertulis ini sering juga disebut “*law enforcement*” atau “*regulation*”.

Artinya masyarakat diharapkan berperilaku, diatur, melalui peraturan atau undang-undang secara tertulis (Notoatmodjo, 2010a).

3. Pendidikan (*Education*): Perubahan perilaku kesehatan melalui cara pendidikan atau promosi kesehatan ini diawali dengan cara pemberian informasi-informasi kesehatan. Memberikan informasi-informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit, dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut. Pengetahuan-pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka, dan akhirnya akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya itu. Hasil atau perubahan perilaku dengan cara ini memakan waktu lama, tetapi perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng karena didasari oleh kesadaran mereka sendiri (bukan karena paksaan) (Notoatmodjo, 2010a).

#### 2.3.4 Domain Perilaku

(Benyamin 1908, dalam Notoatmodjo, 2010b) membedakan adanya 3 area, wilayah, ranah atau domain perilaku ini, yakni kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*). Perkembangan selanjutnya, berdasarkan pembagian domain oleh Bloom, dan untuk kepentingan pendidikan praktis, dikembangkan menjadi 3 tingkat ranah perilaku sebagai berikut:

- 1) Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan yaitu:

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu (Notoatmodjo, 2010b).

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat mengontrepretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut (Notoatmodjo, 2010b).

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain (Notoatmodjo, 2010b).

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan, atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut (Notoatmodjo, 2010b).

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Kata lain sintesis adalah suatu

kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada (Notoatmodjo, 2010b).

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Terdapat tujuh faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu: pendidikan, pekerjaan, umur, minat, pengalaman, kebudayaan lingkungan sekitar dan Informasi (Mubarak, 2012).

## 2) Sikap (*Attitude*)

Menurut Notoatmodjo (2010b) Sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya).

### a) Komponen Pokok Sikap

Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok yaitu: (1) Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek. (2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek. (3) Kecenderungan untuk bertindak. Ketiga komponen ini bersama-sama membentuk sikap yang utuh. Penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting (Fitriani, 2011).

### b) Tingkatan Sikap

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan: (1) Menerima (*receiving*) diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek). (2) Merespon



(*responding*) merupakan memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. (3) Menghargai (*Valuing*) mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga. (4) Bertanggungjawab (*responsible*) merupakan bertanggungjawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi (Fitriani, 2011).

### 3) Tindakan atau Praktik (*Practice*)

Menurut Fitriani (2011) Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*) untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas.

Tindakan ini mempunyai beberapa tingkatan yaitu (a) Persepsi (*Perseption*) mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktek tingkat pertama (b) Respon terpimpin (*guided response*) dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktek tingkat dua (c) Mekanisme (*mechanism*) apa bila orang telah melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga (d) Adopsi (*adoption*) adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasikannya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu. Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden (Fitriani, 2011).

## **2.4 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)**

### **2.4.1 Definisi PHBS**

PHBS adalah semua perilaku kesehatan yang dilakukan atas kesadaran sehingga anggota keluarga atau keluarga dapat menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam kegiatan-kegiatan kesehatan di masyarakat (Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun, 2015). Sekumpulan perilaku yang dipraktikkan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran, yang menjadikan seseorang, keluarga, kelompok, atau masyarakat mampu menolong dirinya sendiri (mandiri) di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2011).

### **2.4.2 Indikator PHBS**

Pemeliharaan kesehatan perorangan dan lingkungan merupakan faktor yang sangat penting dalam menciptakan lingkungan kehidupan sekolah yang sehat. Menurut Notoatmodjo (2010b) hal-hal yang perlu diperhatikan dalam rangka pemeliharaan kebersihan perorangan (*personal hygiene*), khususnya bagi murid-murid adalah:

- a. Kebersihan kulit, kuku, rambut, telinga, dan hidung
- b. Kebersihan mulut dan gigi

- c. Kebersihan dan kerapian pakaian
- d. Memakai alas kaki (sepatu atau sandal)
- e. Cuci tangan sebelum memegang makanan, dan sebagainya

Kebersihan lingkungan yang perlu diperhatikan menurut Notoatmodjo (2010b) antara lain:

- a. Kebersihan perlengkapan sekolah (bangku, meja, dan alat sekolah yang lain)
- b. Kebersihan kaca, jendela, dan lantai
- c. Kebersihan WC dan kamar kecil
- d. Kebersihan ruang kelas
- e. Kebersihan halaman sekolah
- f. Kebersihan pembuangan air limbah
- g. Adanya taman atau kebun sekolah

Menurut Notoatmodjo (2010b) hal-hal pokok sebagai materi dasar untuk menanamkan perilaku atau kebiasaan hidup sehat adalah sebagai berikut:

- a. Kebersihan perorangan (*personal hygiene*) dan kebersihan lingkungan, terutama lingkungan sekolah.
- b. Pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, dengan cara:
  - a) Hidup bersih bagi warga sekolah
  - b) Imunisasi
  - c) Pemberantasan nyamuk, kecoak, tikus, dan binatang lain yang dapat menularkan penyakit
- c. Penyakit-penyakit tidak menular (penyebab dan cara pencegahannya)
- d. Gizi:
  - a) Mengenal berbagai makanan bergizi

- b) Nilai gizi pada makanan
- c) Kebersihan makanan
- d) Penyakit-penyakit akibat kekurangan atau kelebihan gizi, dan sebagainya
- e. Pencegahan kecelakaan atau keamanan

## **2.5 Promosi Kesehatan**

### **2.5.1 Definisi Promosi Kesehatan**

Definisi istilah promosi kesehatan dalam ilmu kesehatan (*health promotion*) mempunyai dua pengertian. Pengertian promosi kesehatan *yang pertama* adalah sebagai bagian dari tingkat pencegahan penyakit. Pengertian *yang kedua*, promosi kesehatan diartikan sebagai upaya memasarkan, menyebarluaskan, mengenalkan atau “menjual” kesehatan. Kesimpulannya, promosi kesehatan adalah “memasarkan” atau “menjual” atau “memperkenalkan” pesan-pesan kesehatan atau “upaya-upaya” kesehatan, sehingga masyarakat “menerima”, atau “membeli” (dalam arti menerima perilaku kesehatan) atau “mengenal” pesan-pesan kesehatan tersebut, yang akhirnya masyarakat mau berperilaku hidup sehat. Promosi kesehatan dalam konteks kesehatan masyarakat pada saat ini dimaksudkan sebagai revitalisasi atau pembaharuan dari pendidikan kesehatan pada waktu yang lalu (Notoatmodjo, 2010b).

### **2.5.2 Promosi Kesehatan dan Perilaku**

Kegiatan promosi kesehatan sebagai pendekatan perilaku hendaknya diarahkan kepada 3 faktor berikut (Notoatmodjo, 2010b) :

- a. Kegiatan promosi kesehatan yang ditujukan kepada faktor predisposisi adalah dalam bentuk pemberian informasi atau peran kesehatan dan

penyukuhan kesehatan. Tujuan kegiatan ini memberikan atau meningkatkan pengetahuan dan sikap tentang kesehatan, yang diperlukan oleh seseorang atau masyarakat, sehingga akan memudahkan terjadinya perilaku sehat pada mereka (Notoatmodjo, 2010b).

- b. Kegiatan promosi kesehatan yang ditujukan kepada faktor pemungkin (*enabling*) adalah memberdayakan masyarakat melalui pengorganisasian atau pengembangan masyarakat. Melalui kegiatan ini, diharapkan masyarakat mampu untuk memfasilitasi diri mereka atau masyarakat sendiri untuk berperilaku sehat (Notoatmodjo, 2010b).
- c. Kegiatan promosi kesehatan yang ditujukan kepada faktor penguat (*reinforcing*) adalah berupa pelatihan-pelatihan kepada para tokoh masyarakat, baik formal maupun informal. Kegiatan pelatihan ini mempunyai dua tujuan, yang pertama agar para tokoh masyarakat tersebut mampu berperilaku contoh (model perilaku sehat) bagi masyarakat sekitarnya. Kedua, para tokoh masyarakat tersebut dapat mentransformasikan pengetahuan-pengetahuan tentang kesehatan kepada orang lain atau masyarakat sesuai dengan ketokohan mereka (Notoatmodjo, 2010b).

### 2.5.3 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Notoatmodjo (2010b), membagi berdasarkan jenis aspek pelayanan kesehatan promosi kesehatan mencakup 4 pelayanan, yaitu:

1. Promosi kesehatan pada tingkat promotif

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat pelayanan promotif adalah pada kelompok orang sehat, dengan tujuan agar mereka mampu meningkatkan kesehatannya. Suatu survei di negara-negara berkembang, dalam suatu



populasi hanya terdapat antara 80% - 85% orang yang benar-benar sehat. Apabila kelompok ini tidak memperoleh promosi kesehatan bagaimana memelihara kesehatan, maka kelompok ini akan menurun jumlahnya, dan kelompok orang yang sakit akan meningkat (Notoatmodjo, 2010b).

2. Promosi kesehatan pada tingkat preventif

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini adalah kelompok orang sehat juga terutama yang berisiko tinggi (*high risk*). Tujuan utama promosi kesehatan pada tingkat ini adalah untuk mencegah kelompok-kelompok tersebut agar tidak jatuh atau menjadi/terkena sakit (*primary prevention*) (Notoatmodjo, 2010b).

3. Promosi kesehatan pada tingkat kuratif

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini adalah para penderita penyakit (pasien), terutama untuk penderita penyakit-penyakit kronis seperti: asma, diabetes melitus, tuberkulosis, rematik, hipertensi, dan sebagainya. Tujuan promosi kesehatan pada tingkat ini agar kelompok ini mampu mencegah penyakit tersebut tidak menjadi lebih parah (*secondary prevention*) (Notoatmodjo, 2010b).

4. Promosi kesehatan pada tingkat rehabilitatif

Promosi kesehatan pada tingkat ini mempunyai sasaran pokok kelompok penderita atau pasien yang baru sembuh (*recovery*) dari suatu penyakit. Tujuan utama promosi kesehatan pada tingkat ini adalah agar mereka ini segera pulih kembali kesehatannya, dan atau mengurangi kecacatan seminimal mungkin. Promosi kesehatan pada tahap ini adalah pemulihan dan mencegah kecacatan akibat penyakitnya (*tertiary prevention*) (Notoatmodjo, 2010b).

Notoatmodjo (2010b), ruang lingkup promosi kesehatan berdasarkan tatanan (tempat pelaksanaannya):

a) Promosi kesehatan pada tatanan keluarga (rumah tangga)

Keluarga adalah unit terkecil masyarakat. Mencapai perilaku sehat masyarakat, maka harus dimulai pada tatanan masing-masing keluarga. Teori pendidikan mengatakan, bahwa keluarga adalah tempat persemaian manusia sebagai anggota masyarakat. Pelaksanaan promosi kesehatan keluarga ini, sasaran utamanya adalah orang tua terutama ibu. Ibulah di dalam keluarga itu yang sangat berperan dalam meletakkan dasar perilaku sehat pada anak-anak mereka sejak lahir (Notoatmodjo, 2010b).

b) Promosi kesehatan pada tatanan sekolah

Sekolah merupakan perpanjangan tangan keluarga, artinya, sekolah merupakan tempat lanjutan untuk meletakkan dasar perilaku bagi anak, termasuk perilaku kesehatan. Peran guru dalam promosi kesehatan di sekolah sangat penting, karena guru pada umumnya lebih dipatuhi oleh anak-anak daripada orang tuanya. Sekolah dan lingkungan sekolah yang sehat sangat kondusif bagi perilaku sehat bagi murid-muridnya, maka sasaran antara promosi kesehatan di sekolah adalah guru. Guru memperoleh pelatihan-pelatihan tentang kesehatan dan promosi kesehatan yang cukup, selanjutnya guru akan meneruskannya ke murid-muridnya (Notoatmodjo, 2010b).

c) Promosi kesehatan pada tempat kerja

Tempat kerja adalah tempat dimana orang dewasa memperoleh nafkah untuk kehidupan keluarganya, melalui produktivitas atau hasil kerjanya.

Selama lebih kurang 8 jam sehari para pekerja ini menghabiskan waktunya untuk menjalankan aktivitasnya yang berisiko bagi kesehatannya. Memang risiko yang ditanggung oleh masing pekerja ini berbeda satu sama lainnya, tergantung pada jenis dan lingkungan kerja masing-masing karyawan tersebut. Promosi kesehatan di tempat kerja ini dapat dilakukan oleh pimpinan perusahaan atau tempat kerja dengan memfasilitasi tempat kerja yang kondusif bagi perilaku sehat bagi karyawan atau pekerjanya (Notoatmodjo, 2010b).

d) Promosi kesehatan di tempat-tempat umum

Dimaksud dengan tempat umum adalah tempat dimana orang-orang berkumpul pada waktu-waktu tertentu, misalnya: pasar, terminal bus, stasiun kereta api, bandara, mall, dan sebagainya. Di tempat-tempat umum juga perlu dilaksanakan promosi kesehatan dengan menyediakan fasilitas-fasilitas yang dapat mendukung perilaku sehat bagi pengunjungnya, misalnya tersedianya tempat sampah, tempat cuci tangan, tempat pembuangan air kotor, ruang tunggu bagi perokok dan non-perokok, kantin dan sebagainya. Pemasangan poster, penyediaan *leaflet* atau selebaran yang berisi cara-cara menjaga kesehatan atau kebersihan adalah juga merupakan bentuk promosi kesehatan (Notoatmodjo, 2010b).

e) Pendidikan kesehatan di institusi pelayanan kesehatan

Tempat-tempat pelayanan kesehatan, rumah sakit, puskesmas, balai pengobatan, poliklinik, tempat praktik dokter, dan sebagainya, adalah tempat yang paling strategis untuk promosi kesehatan. Sebab pada saat orang baru sakit, atau keluarganya sakit, maka mereka ini akan lebih peka terhadap informasi-informasi kesehatan terutama yang berkaitan dengan

masalah kesehatannya/penyakitnya, atau masalah kesehatan keluarganya. Mereka akan mudah menerima informasi, bahkan berperilaku yang terkait dengan kesehatannya, misalnya mematuhi anjuran-anjuran dari dokter, perawat, dan petugas kesehatan yang lain (Notoatmodjo, 2010b).

#### 2.5.4 Metode dan Teknik Promosi Kesehatan

Notoatmodjo (2010b) membagi 3 metode dan teknik promosi kesehatan berdasarkan sasarannya, yaitu:

##### a. Metode promosi kesehatan individual

Metode ini digunakan apabila antara promotor kesehatan dan sasaran atau kliennya dapat berkomunikasi langsung, baik bertatap muka (*face to face*) maupun melalui sarana komunikasi lainnya, misalnya telepon. Cara ini paling efektif, karena antara petugas kesehatan dengan klien dapat saling berdialog, saling merespons dalam waktu yang bersamaan. Ketika menjelaskan masalah kesehatan bagi kliennya petugas kesehatan dapat menggunakan alat bantu atau peraga yang relevan dengan masalahnya. Metode dan teknik promosi kesehatan individual ini yang terkenal adalah “*counselling*” (Notoatmodjo, 2010b).

##### b. Metode promosi kesehatan kelompok

Teknik dan metode promosi kesehatan kelompok ini digunakan untuk sasaran kelompok. Sasaran kelompok dibedakan menjadi dua, yakni kelompok kecil dan kelompok besar. Disebut kelompok kecil kalau sasaran terdiri dari 6-15 orang, sedang kelompok besar bila sasaran tersebut di atas 15 sampai dengan 50 orang (Notoatmodjo, 2010b).

Metode promosi kesehatan kelompok juga dibedakan menjadi 2 yaitu:

- 1) Metode dan teknik kesehatan untuk kelompok kecil, misalnya: diskusi kelompok, metode curah pendapat (*brain storming*), bola salju (*snow ball*), bermain peran (*role play*), metode permainan simulasi (*simulation game*), dan sebagainya. Upaya untuk mengefektifkan metode ini perlu dibantu dengan alat bantu atau media, misalnya: lembar balik (*flip chart*), alat peraga, slide, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010b).
- 2) Metode dan teknik peromosi kesehatan untuk kelompok besar, misalnya: metode ceramah yang diikuti atau tanpa diikuti dengan tanya jawab, seminar, loka karya, dan sebagainya. Upaya untuk memperkuat metode ini perlu dibantu pula dengan alat bantu misalnya, *overhead projector*, *slide projector*, *film*, *sound system*, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010b).

c. Metode promosi kesehatan massa

Merancang metode promosi kesehatan massal merupakan yang paling sulit, sebab sasaran publik sangat hiterogen, baik dilihat dari kelompok umur, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, sosio-budaya, dan sebagainya. Kita mamahami masing-masing kelompok sasaran yang sangat variatif tersebut berpengaruh terhadap cara merespons, cara mempersepsikan dan pemahaman terhadap pesan-pesan kesehatan. Padahal kita harus merancang dan meluncurkan pesan-pesan kesehatan tersebut kepada massa tersebut dengan metode, teknik, dan isi yang sama (Notoatmodjo, 2010b).



Metode dan teknik promosi untuk massa yang paling sering digunakan adalah:

- 1) Ceramah umum (*public speaking*), misalnya di lapangan terbuka dan temoat-tempat umum (*public places*) (Notoatmodjo, 2010b).
- 2) Penggunaan media massa elektronik, seperti radio dan televisi. Penyampaian pesan melalui radio atau TV ini dapat dirancang dengan berbagai bentuk, misalnya: sandiwara (drama), *talk show*, dialog interaktif, simulasi, spot, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010b).
- 3) Penggunaan media cetak, seperti koran, majalah, buku, *leaflet*, selebaran, poster, dan sebagainya. Bentuk sajian dalam media cetak ini juga bermacam-macam, antara lain: artikel, tanya jawab, komik, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010b).
- 4) Penggunaan media di luar ruang, misalnya: *billboard*, spanduk, umbul-umbul, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010b).

## 2.6 Konsep Pengaruh Pengembangan Kartu UNO untuk Permainan Simulasi sebagai Upaya Promotif Meningkatkan Pengetahuan dan Perilaku PHBS

Sari, *et al* (2015) menguji kelayakan permainan *UNO Card* yang dikembangkan sebagai media pembelajaran pada materi pokok Struktur Atom. Sebelum dilakukan kegiatan bermain permainan *UNO Card*, terlebih dahulu dilakukan *pre-test*. Hal ini bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan siswa berkaitan dengan materi struktur atom sebelum siswa menggunakan permainan *UNO Card*. Selanjutnya, dijelaskan beberapa aspek yang berkaitan dengan permainan *UNO Card*, kemudian siswa diminta untuk

berpasangan dan membagi menjadi dua kelompok besar, yang mana masing-masing kelompok besar berisi lima sampai enam pasangan siswa dan masing-masing kelompok besar mendapatkan satu set permainan *UNO Card* dan kemudian siswa dapat memulai memainkan permainan *UNO Card* selama 60 menit. Setelah permainan selesai, peneliti memberikan umpan balik kepada siswa mengenai materi yang masih belum dimengerti selama 15 menit. Selanjutnya, peneliti meminta kepada siswa untuk kembali ke tempat duduk semula dan meminta siswa untuk mengerjakan soal *post-test* secara mandiri selama 30 menit. Soal *post-test* diberikan untuk mengetahui ketuntasan dan peningkatan hasil belajar siswa sebelum penggunaan permainan dengan sesudah penggunaan permainan *UNO Card* sebagai media pembelajaran. Setelah menilai *pre-test* dan *post-test* didapatkan hasil bahwa permainan *UNO Card* layak digunakan sebagai media pembelajaran pada materi pokok Struktur Atom.

Gibson (2015) menjelaskan permainan kartu untuk mengajarkan *Coevolution*. *Coevolution* adalah evolusi interaksi timbal balik spesies. Materi ini meresap, beragam, dan cepat. Instruksi dalam permainan adalah cara terbaik untuk mengajar siswa prinsip evolusi. Ketika pertandingan yang dijelaskan, siswa mengambil peran baik host atau parasit, dan mereka menggunakan kartu bermain untuk bertindak sebagai pilihan timbal balik. Siswa bekerja sama untuk mengumpulkan data tentang perubahan frekuensi host dan parasit genotipe (sesuai kartu) melalui waktu. Mereka menggunakan data ini untuk melakukan tes independen dari prediksi evolusi host dan parasit mempertahankan variasi genetik.

Missiriya (2013), melakukan penelitian tentang keefektifan presentasi animasi untuk pengetahuan PHBS pada anak sekolah dasar. Desain penelitian ini menggunakan *quasi experimental* dengan populasi seluruh siswa kelas IV dan V Government Primary School Tiruvellore. Instrumen yang digunakan dibagi menjadi 2, I – data demografi seperti umur anak, jenis kelamin, pendidikan, dan kebiasaan makan. II – kuisisioner PHBS terdiri dari 24 pertanyaan *multiple choice*, untuk jawaban benar mendapat nilai ‘satu’ dan jawaban salah mendapat nilai ‘nol’. *Paired ‘t’ test* didapatkan hasil ada keefektifitasan presentasi animasi pada level pengetahuan PHBS, namun pada *chi-square* tes didapatkan hasil tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan data demografi.

